

	(n=30), Me (25%-75%)	(n=26), Me (25%-75%)	(n=24), Me (25%-75%)	(n=45), Me (25%-75%)
Индекс Ричи	9 (4,3-12,0)	8,5 (6,3-12,0)	14 (9,5-18,3)	17 (10,0-20,0)
Индекс Лансбури	49 (29,0-65,8)	59 (41,2-82,5)	73 (57-108)	80 (40-108)
Индекс DAS28	4,37 (3,7-4,8)	4,23 (3,6-4,58)	4,89 (4,5-5,6)	5,11 (4,4-5,7)
Оценка боли ВАШ	5,25 (4,4-6,8)	5,4 (5,0-6,8)	5,0 (4,1-6,9)	5,4 (5,0-7,0)

В группе пациентов с ранним РА суставной индекс Ричи имел достоверно большие значения ($p=0,0084$), чем в группе пациентов с острым РеА; при РА длительностью более 1 года значения индекса Ричи были достоверно выше ($p=0,013$), чем при хроническом РеА; при раннем РА значения индекса Лансбури были достоверно выше ($p=0,0035$), чем при остром РеА; у пациентов с РА длительностью более 1 года значения индекса DAS28 были достоверно выше ($p=0,0025$), чем у пациентов с хроническим РеА; при раннем РА значения индекса DAS28 были достоверно выше ($p=0,0025$), чем при остром РеА.

Выводы. Клиническая картина поражения суставов (индекс Ричи, индекс Лансбури, индекс активности DAS28) у пациентов с РА достоверно более выраженная ($p<0,01$), чем при РеА. Значения выраженности болевого синдрома по ВАШ у пациентов РА и РеА не имеют между собой достоверных различий ($p>0,05$). Установлено, что клиническая картина поражения суставов (индекс Ричи, индекс Лансбури, индекс активности DAS 28) у пациентов с ранним РА достоверно более выраженная ($p<0,01$), чем при остром РеА. Лабораторные показатели уровня СОЭ, СРБ, индекс DAS28 коррелировали со значениями суставных индексов при РА (индекс Ричи, индекс Лансбури), что указывает на возможность их использования в определении степени активности заболевания.

Литература:

1. Насонов, Е.Л. Ревматоидный артрит / Е.Л. Насонов, Д.Е. Каратеев, Р.М. Балабанова // Ревматология : нац. рук. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 262 с.
2. Реактивный артрит: критерии диагноза и подход к этиотропной терапии / А.В. Глазунов [и др.] // Клин. геронтология. – 2008. – № 2. – С. 41–42.

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ КЛАССАМИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

Кизименко Т.Г.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Пусковым фактором в морфогенезе циррозов становится гибель печеночной паренхимы. В нормальных условиях портальная вена и печеночная артерия через терминальную пластинку отдают кровь в синусоиды, расположенные между балками гепатоцитов в дольке, а затем кровь попадает из синусоидов в центральную печеночную вену [1]. При некрозе выделяются вещества, стимулирующие регенерацию печени, развиваются узлы регенерации, сдавливающие сосуды и нарушающие кровоток печени. Формируются соединительнотканые септы, которые содержат сосудистые анастомозы, соединяющие центральные вены с портальными трактами. Долька фрагментируется на псевдодольки, в которых изменяется взаимоотношение портальных сосудов и центральной вены. В центре псевдодолек не обнаруживаются центральные вены, а по периферии нет портальных триад. Псевдодольки окружены соединительноткаными септами, содержащими сосуды, соединяющие центральные вены с ветвями печеночной вены. Кровь поступает непосредственно в систему печеночной вены, минуя паренхиму псевдодолек, что вызывает их ишемию и некроз. Этому также способствует механическое сдавление венозных сосудов печени соедини-

тельной тканью. Узлы регенерации имеют собственный новообразованный порталный тракт, развиваются анастомозы между воротной веной, печеночной артерией и печеночной веной.

В анамнезе пациентов с циррозами отмечают эпизоды желтухи, указание на острый или хронический гепатит, переливание крови, прием лекарственных средств, злоупотребление алкоголем, нередко встречается отягощенная наследственность.

Клиническая картина заболевания многообразна. Выделяют несколько основных клинических синдромов проявление которых зависит от стадии цирроза печени [2].

При постановке клинического диагноза цирроза печени и его класса по Child-Pugh учитываются как клинические, так и лабораторные синдромы. У больных с циррозом печени наблюдаются гемодинамические изменения, как правило в сторону гипотензии. Они связаны с уменьшением объема циркулирующей крови, гипопротеинемии, а также дисметаболическими расстройствами [3].

Цель. Оценить клиническую ситуацию у пациентов с различными классами цирроза печени.

Материал и методы исследования. Обследовано 29 пациентов гастроэнтерологического отделения УЗ «Витебский областной клинический специализированный центр». Они были разделены на 2 группы (см. таблицу 1) по шкале тяжести цирроза Child-Pugh: 1-ая группа пациенты класса В; 2-ая – класса С.

Таблица 1. Группы пациентов, принявшие участие в исследовании

Группа №	Класс В	Класс С	p
Количество пациентов в группе	15	14	
Возраст, лет	59,4±9,5	56,0±10,4	0,38
Стаж болезни, лет	2,31±0,75	2,48±1,18	0,86

В таблице 2 представлен симптомокомплекс, характеризующий клиническую картину у пациентов исследуемых групп на момент их поступления в стационар в порядке убывания частоты встречаемости признака.

Таблица 2. Жалобы пациентов при поступлении в стационар

Жалобы	Класс В		Класс С	
	n	%	n	%
Общая слабость	10	66,7	10	71,4
Тяжесть в правом подреберье	7	46,7	5	35,7
Увеличение живота в объёме	1	6,7	6	42,8
Желтизна кожи и глаз	0	0	5	35,7
Головокружение	1	6,7	2	14,3
Отёки на н/конечностях	0	0	3	21,4
Одышка при нагрузке	1	6,7	1	7,1
Периодическое сердцебиение	1	6,7	0	0
Судороги	0	0	1	7,1

Анамнестические и визуальные признаки геморрагического синдрома представлены в таблице 3.

Таблица 3. Признаки геморрагического синдрома у пациентов циррозом печени

Жалобы	Класс В		Класс С	
	n	%	n	%
Кровотечение из дёсен	5	33,3	10	71,4
Кровотечение из носа, рта, задне-проходного отверстия	1	6,7	6	42,8
Появление кровоподтёков на коже	2	13,3	9	64,3

Всем пациентам выполнено лабораторное и инструментальное обследование согласно протоколам МЗ РБ.

Для статистической обработки полученных данных использовался пакет прикладных программ Майкрософт Офис (Microsoft Excel) 2007. Выявление достоверности различий между выборками выполняли с помощью t-критерия Стьюдента. Достоверными различия считались при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Результаты биохимического исследования, количества тромбоцитов и коагулограммы представлены в таблицах 4 и 5.

Таблица 4. Показатели биохимического анализа крови

Группа №	Класс В	Класс С	p
Общий белок, г/л	69,67±7,46	67,36±8,43	0,44
Альбумин, г/л	38,53±6,49	32,29±6,47	0,02
Мочевина, ммоль/л	5,87±1,80	6,79±3,52	0,40
Креатинин, мкмоль/л	67,60±10,40	76,07±20,41	0,18
Холестерин, ммоль/л	3,83±1,13	3,37±0,70	0,20
Билирубин общ., мкмоль/л	25,38±12,60	137,41±38,19	0,01
Билирубин прямой, мкмоль/л	15,67±4,24	79,84±4,07	0,03
АсАТ, ед/л	33,77±18,62	70,21±57,86	0,04
АлАТ, ед/л	33,73±12,24	50,79±26,42	0,04

У пациентов обеих групп наблюдалось сохранение концентрации общего белка плазмы крови в пределах нормы (60-83 г/л), однако концентрация альбумина у пациентов первой группы была у нижней границы нормы (38-51 г/л), а у пациентов второй группы была ниже нормы и достоверно отличалась от этого показателя в первой группе. Холестерин у пациентов второй группы оказался ниже нормы (3,6-5,2 ммоль/л), а у пациентов первой группы – у нижней границы. Показатели билирубина, как общего, так и прямого были выше нормы в обеих группах, но во второй группе показатели были достоверно выше таковых в первой группе. Активность трансаминаз в первой группе была в пределах нормы. Во второй группе активность трансаминаз была выше нормальных значений и достоверно выше, чем эти показатели в первой группе.

Таблица 5. Количество тромбоцитов и показатели коагулограммы

Группа №	Класс В	Класс С	p
Тромбоциты, 10^6 /л	139±65	159±88	0,51
ПТИ	0,81±0,14	0,60±0,12	0,0003
АЧТВ, с	30,40±4,53	40,71±12,34	0,01
Фибриноген А, г/л	3,33±1,39	2,70±1,48	0,26

Результаты подсчёта тромбоцитов в клиническом анализе крови показали, что уровень их снижен, но они пока в пределах нормы.

Протромбиновый индекс имел нормальные значения у пациентов первой группы (0,8-1,1) и был снижен во второй (достоверность $p=0,0003$). АЧТВ у пациентов первой группы было в пределах нормальных значений (25-35 с) и достоверно выше у пациентов второй группы. Показатели фибриногена А при исследовании крови пациентов первой группы входил в норматив (2-4 г/л) и был выше таковых значений этого показателя во второй группе.

В связи с тяжестью состояния и особенностями клинического течения длительность нахождения в стационаре у пациентов второй группы была $24,50 \pm 11,20$ дня, что достоверно ($p=0,01$) дольше пребывания в стационаре пациентов первой группы - $14,00 \pm 9,19$ дня.

Выводы.

1. Синдром печёчно-клеточной недостаточности у пациентов второй группы проявляется снижением показателей концентрации альбумина (32 г/л) и фибриногена А (2,7 г/л), гипербилирубинемией (137 мкмоль/л) и гипохолестеринемией (3,37 ммоль/л).

2. Геморагический синдром проявлялся повышенной кровоточивостью и снижением показателя ПТИ (0,60) и альбумина, прямого билирубина (79 ммоль/л) у пациентов второй группы.

Литература:

1. Ахмедов, В.А. Практическая гастроэнтерология : рук. для врачей. – Мед. информ. агенство, 2011. – 416 с.
2. Гастроэнтерология / под ред. И.Н.Денисова. – М. : Эксмо, 2010. – 560 с.
3. Гемодинамические сдвиги у больных циррозом печени / И.И. Бураков [и др.] // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2000. – Т. 10, № 1. – С. 1.

АССОЦИИРОВАННАЯ С ИММУНОГЛОБУЛИНАМИ ФЕРМЕНТАТИВНАЯ АКТИВНОСТЬ СЫВОРОТОК КРОВИ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Липец А.И., Генералова А.Г., Железняк Н.В.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. К настоящему времени доказано, что каталитические антитела (АТ) или абзимы закономерно возникают в ходе поликлонального иммунного ответа.

С наибольшей частотой такие АТ выявляются при аутоиммунных заболеваниях – системной красной волчанке (СКВ), ревматоидном артрите (РА), аутоиммунном тиреоидите.

Однако нерешенной до сих пор проблемой остается определение абзимов без непосредственного выделения иммуноглобулиновых фракций из сыворотки крови. Рекомендуемые схемы включают многостадийную очистку препаратов иммуноглобулинов (ИГ), что может неконтролируемым образом изменять их каталитическую активность. Кроме того, методы оценки каталитической активности ИГ не приспособлены для определения ферментативной активности цельных сывороток. Особенно это касается способов, выявляющих ферментативную активность деполимеризующего действия (в частности – протеолиз и гидролиз нуклеиновых кислот).

Исходя из вышеизложенного, важной задачей является сопоставление соответствующей абзимной и ферментативной активности сывороток крови пациентов аутоиммунными заболеваниями без предварительного выделения ИГ.

Цель работы – оценка ферментативной (ДНКазной и протеолитической) активности сывороток крови пациентов ревматическими заболеваниями (РА и СКВ), ассоциированной с иммуноглобулинами.

Материал и методы. Протеолитическая и ДНКазная активность определялась в сыворотках, полученных от пациентов РА (15 человек) и СКВ (9 человек). Контрольная группа включала 13 условно здоровых лиц (доноры крови). ДНКазную активность определяли методом риванолового сгустка в реакции с высокополимерной ДНК тимуса теленка, протеолитическую – в реакции